



بررسی ارزش پیشگویی کننده متغیرهای دموگرافیک ، بالینی ، آزمایشگاهی و آندوسکوپی فوقانی بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی (واحد توسعه و تحقیقات بالینی ولایت)

Surveying the predictor validity of demographic, clinical, laboratory and upper endoscopic variables in clinical outcome of non-variceal upper gastrointestinal bleeding patients



علوم پزشکی
قزوین



منابع



اطلاعات
تفضیلی



مجری و
همکاران



صفحه نخست
سامانه

چاپ
صفحه

مجریان: علی اکبر حاجی آقا محمدی

کلمات کلیدی: آندوسکوپی، خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی

اطلاعات کلی طرح	
کد طرح	۱۴۰۰۲۴۱۰
عنوان فارسی طرح	بررسی ارزش پیشگویی کننده متغیرهای دموگرافیک ، بالینی ، آزمایشگاهی و آندوسکوپی فوقانی بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی (واحد توسعه و تحقیقات بالینی ولایت)
عنوان لاتین طرح	Surveying the predictor validity of demographic, clinical, laboratory and upper endoscopic variables in clinical outcome of non-variceal upper gastrointestinal bleeding patients
کلمات کلیدی	آندوسکوپی، خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی
نوع طرح	
نوع مطالعه	
مدت اجراء - روز	۵۴۰
ضرورت انجام تحقیق	تعیین ارزش پیشگویی کننده متغیرهای دموگرافیک ، بالینی ، آزمایشگاهی و آندوسکوپی فوقانی بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی

هدف کلی	تعیین ارزش پیشگویی کننده متغیرهای دموگرافیک ، بالینی ، آزمایشگاهی و آندوسکوپی فوقانی بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی
خلاصه روش کار	کلیه بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان ولایت با خونریزی حاد گوارشی فوقانی با منشاء غیر واریسی که از ابتدای سال ۱۳۹۲ تا پایان سال ۱۳۹۴ بستری شدند و تحت آندوسکوپی فوقانی قرار گرفته اند.



اطلاعات مجری و همکاران

نام و نام خانوادگی	سمت در طرح	نوع همکاری	درجه تحصیلی	پست الکترونیک
علی اکبر حاجی آقا محمدی	مجری اصلی/استاد راهنما اول	اجراء طرح	فوق تخصص	ahmohammadi@qums.ac.ir
مهناز عباسی	همکار	ارائه مشاوره	فوق تخصص	mah.sky۱۳۴۸@yahoo.com
سونیا اوپسی	مشاور آماری	آنالیز آماری	دکتر - PHD	soveisi@razi.tums.ac.ir
محمدرضا عزیزی	همکار	اجراء طرح		vcrc۹۳@yahoo.com



اطلاعات تفصیلی

عنوان	متن
چکیده طرح	
پیشینه طرح	
فهرست کلی فصول	
هدف از اجرا	بررسی ارزش پیشگویی کننده متغیرهای دموگرافیک ، بالینی ، آزمایشگاهی و آندوسکوپی فوقانی بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی
فرضیات یا سوالات پژوهشی	<p>۱- تعیین میانگین سن بر پیامد بالینی در بیماران خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی .</p> <p>۲- تعیین نوع پذیرش بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی اعم از مراجعین سرپائی یا بستری در بیمارستان بر پیامد بالینی .</p> <p>۳- تعیین میانگین غلظت هموگلوبین بدو پذیرش بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی .</p> <p>۴- تعیین جنسیت بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی .</p> <p>۵- تعیین میانگین مدت بستری در بیمارستان بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی .</p> <p>۶- تعیین وجود ملنا در بدو پذیرش بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی .</p> <p>۷- تعیین وجود هماتمز در بدو پذیرش بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی .</p> <p>۸- تعیین وجود همودینامیک ناپایدار در بدو پذیرش بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی .</p> <p>۹- تعیین نوع بیماری زمینه ای بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی .</p> <p>۱۰- تعیین تعداد بیماری زمینه ای بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی .</p> <p>۱۱- تعیین میانگین تعداد ضربان نبض در دقیقه در بدو پذیرش بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی .</p> <p>۱۲- تعیین نوع درمان هموستاتیک اعم از درمان آندوسکوپی</p>

فوقانی یا جراحی بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی . ۱۳- تعیین منشاء خونریزی بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی . ۱۴- تعیین نوع زخم پپتیک بر اساس یافته های آندوسکوپی فوقانی اعم از خونریزی فعال، خونریزی اخیر یا لخته و یا بدون شواهد خونریزی بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی . ۱۵- تعیین میانگین سایز زخم پپتیک بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی . ۱۶- تعیین میانگین تعداد زخم پپتیک بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی . ۱۷- تعیین میانگین زمان انجام آندوسکوپی فوقانی بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی . ۱۸- تعیین میانگین میزان INR در بدو پذیرش بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی . ۱۹- تعیین میانگین میزان BUN در بدو پذیرش بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی . ۲۰- تعیین میانگین میزان تعداد پلاکت در بدو پذیرش بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی . ۲۱- تعیین دریافت انفوزیون وریدی PPIs قبل از انجام آندوسکوپی فوقانی بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی . ۲۲- تعیین مصرف NSAIDs قبل پذیرش بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی . ۲۳- تعیین مصرف آسپرین با دوز پایین قبل پذیرش بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی . ۲۴- تعیین مصرف تیئوپیریدین ها قبل پذیرش بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی . ۲۵- تعیین مصرف آنتی کوآگولانت قبل پذیرش بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی . ۲۶- تعیین میانگین تعداد واحد Packed cell تزریق شده بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی . ۲۷- تعیین سابقه زخم پپتیک بر بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی .

چه موسساتی می توانند از نتایج طرح استفاده نمایند؟

در صورت ساخت دستگاه نظر صنعت و داوران

خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی، آندوسکوپی فوقانی، متغیرهای دموگرافیک

کلید واژه های فارسی

روش پژوهش و تکنیک های اجرایی

کلیه بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان ولایت با خونریزی حاد گوارشی فوقانی با منشاء غیر واریسی که از ابتدای سال ۱۳۹۲ تا پایان سال ۱۳۹۴ بستری شدند و تحت آندوسکوپی فوقانی قرار گرفته اند. اطلاعات بیماران مورد مطالعه مبتنی بر اطلاعات دموگرافیک (سن، جنسیت، زمان آندوسکوپی فوقانی) و سوابق قبلی بیماری و داروئی (نوع بیماری زمینه ای، تعداد بیماری زمینه ای، داروهای مصرفی) و علائم بالینی و معاینات فیزیکی (ملنا، هماتمز و وضعیت همودینامیک ناپایدار در بدو پذیرش) و اطلاعات آزمایشگاهی (INR، BUN، CBC در بدو پذیرش) و اطلاعات آندوسکوپی فوقانی اولیه (منشاء خونریزی، عامل و سایز خونریزی، نوع زخم پپتیک، درمان هموستاتیک آندوسکوپی فوقانی شامل تزریق آدرنالین رقیق شده و یا هموکلپس) و پیامد بالینی بیماران (خونریزی مجدد که با تکرار آندوسکوپی فوقانی تأیید شود، درمان جراحی، میزان تزریق خون و مورتالیتته در طی دوره پیگیری) در بانک اطلاعاتی جمع آوری خواهد شد. بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی با منشاء واریسی از مطالعه خارج گردیدند. سامانه جامع مدیریت بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی ' در قالب بانک اطلاعاتی (SQL server (database و زبان برنامه نویسی C sharp (windows base و (web base

ASP.Net به منظور ثبت اطلاعات فرم های پرسشنامه بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی با مشخصات فنی خصوصی ذیل می باشد : - فرم طراحی پرسشنامه توسط Admin بصورت Windows base می باشد . هر سوال واجد زیر سوالات متعدد است . طول کاراکتر فیلد ها بصورت متغیر بیان شود و برای هر فیلد ، Data type بصورت انتخاب یک گزینه ای ، انتخاب چند گزینه ای ، گزینه محدوده متغیر با تعیین محدوده و مقدار پیش فرض و تعیین واحد پیش فرض در نظر گرفته شود . - مقادیر طبیعی هر یک از فیلد ها (Normal range of data) و واحد های آن قابل تعریف توسط Admin باشد - هر یک از پرسشنامه ها برای رول های کاربری موجود تعریف می شود که بر اساس سطح دسترسی که توسط Admin تعریف می گردد ، می توان یک فرم پرسشنامه را برای چندین رول کاربری اختصاص داد . - سطح دسترسی هر یک از فیلد های پرسشنامه جهت Enable Visible and/or بودن یا نبودن برای هریک از رول های کاربری موجود ، قابل تعریف توسط Admin باشد . - سطح دسترسی به اطلاعات بیماران بر اساس تعیین گروه های کاری (Work groups) تعریف شده توسط Admin ، جهت دسته بندی رول های کاربری موجود انجام می شود و هر یک از گروه های کاری قابلیت دسترسی به اطلاعات بیماران خود را برای رول های کاربری زیر مجموعه فراهم می سازد . - برای هر فیلد پرسشنامه ، اجباری یا اختیاری بودن توسط Admin تعریف شده تا در صورت عدم تکمیل توسط کاربر در صورت اجباری بودن فیلد پرسشنامه ، بعنوان خطای عدم تکمیل فیلد (Null value) نمایش داده شود . - فیلدهای محاسباتی بر اساس متغیر های سن استاتیک ، وزن و جنسیت بیمار قادر به فیلتر گذاری جهت تعریف Problem List خواهد بود و پس از نامگذاری و تعیین Visible بودن یا نبودن فیلد مربوطه ، در پرسشنامه انتخاب شده توسط Admin قرار داده می شود . - فرم گزارش گیری با قابلیت انتخاب هر یک از فیلد های پرسشنامه و تعریف کرایتیا برای هر فیلد توسط Admin بوده و به نرم افزار Microsoft office Excel/ SPSS قابل ارسال می باشد . ۳-۳ جامعه مورد مطالعه و روش نمونه گیری (Sampling Procedures): (قید کردن فرمول و پارامترها ضروری است) در این مطالعه کلیه بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان ولایت قزوین با خونریزی حاد گوارشی فوقانی با منشاء غیر واریسی که از ابتدای سال ۱۳۹۲ تا پایان سال ۱۳۹۴ بستری شدند و آندوسکوپی فوقانی شدند ، و همچنین تمام بیماران ارجاع داده شده جهت آندوسکوپی از بیمارستان رجایی و بوعلی مورد مطالعه قرار می گیرند . روش نمونه گیری به صورت سرشماری خواهد بود . پیش بینی می شود تعداد افراد مورد مطالعه در حدود ۱۶۰۰ نفر باشد . ۳-۴ روش جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها (نام آزمون های آماری قید و برگه جمع آوری اطلاعات پیوست شود): اطلاعات بیماران مورد مطالعه مبتنی بر اطلاعات دموگرافیک (سن، جنسیت، زمان آندوسکوپی فوقانی) و سوابق قبلی بیماری و داروئی (نوع بیماری زمینه ای، تعداد بیماری زمینه ای ، داروهای مصرفی) و علائم بالینی و معاینات فیزیکی (ملنا، هماتمز و وضعیت همودینامیک ناپایدار در بدو پذیرش) و اطلاعات آزمایشگاهی (BUN ، INR ، CBC در بدو پذیرش) و اطلاعات آندوسکوپی فوقانی اولیه (منشاء خونریزی، عامل و سائز خونریزی ، نوع زخم پپتیک، درمان هموستاتیک آندوسکوپی فوقانی شامل تزریق آدرنالین رقیق شده و یا هموکلپس) و پیامد بالینی بیماران (خونریزی مجدد که با تکرار آندوسکوپی فوقانی تأیید شود ، درمان جراحی ، میزان تزریق خون و مورتالیتته در طی دوره پیگیری) در بانک اطلاعاتی جمع آوری خواهد شد و وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ خواهد گردید و بر اساس تحلیل آماری شامل میانگین با و بدون انحراف معیار ($Mean \pm SD$) ، آزمون کای دو (Chi-square test) ، آزمون دقیق فیشر (Fisher exact test) با ضریب اطمینان ۹۵٪ (Confidence Interval: CI) و P-

بررسی واریانس در خصوص داده های کمی استفاده خواهد شد. برای تحلیل پیامد بالینی بیماری از رگرسیون مولتی واریانت استفاده خواهد گردید.	Value<0.05 در نظر گرفته خواهد شد. از آزمون T-test و بررسی
بررسی ارزش پیشگویی کننده متغیرهای دموگرافیک ، بالینی ، آزمایشگاهی و آندوسکوپی فوقانی بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی غیر واریسی	دلایل ضرورت و توجیه انجام کار
	کلید واژه های فارسی بازنگری شده
	فهرست منابع و مراجع علمی داخلی
Rotondano G, Cipolletta L, et al, Predictors of favourable outcome in non-variceal upper gastrointestinal bleeding: Implications for early discharge? Dig Liver Dis. ۲۰۱۴ Mar;۴۶(۳):۲۳۱-۶. ۲-Kohn, A., Ancona, C., Belleudi, V. et al, The impact of endoscopy and specialist care on ۳۰-day mortality among patients with acute non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage: an Italian population-based study. Digestive and Liver Disease. ۲۰۱۰;۴۲:۶۲۹-۶۳۴. ۳-Sung, J.J., Tsoi, K.K., Ma, T.K. et al, Causes of mortality in patients with peptic ulcer bleeding: a prospective cohort study of ۱۰,۴۲۸ cases. American Journal of Gastroenterology. ۲۰۱۰;۱۰۵:۸۴-۸۹. ۴- Tsoi, K.K., Chiu, P.W., Chan, F.K. et al, The risk of peptic ulcer bleeding mortality in relation to hospital admission on holidays: a cohort study on ۸,۲۲۲ cases of peptic ulcer bleeding. American Journal of Gastroenterology. ۲۰۱۲;۱۰۷:۴۰۵-۴۱۰. ۵-Bryant RV et al, Performance of the Glasgow-Blatchford score in predicting clinical outcomes and intervention in hospitalized patients with upper GI bleeding. Gastrointest Endosc. ۲۰۱۳ Oct;۷۸(۴):۵۷۶-۸۳. ۶-Jairath, V., Hearnshaw, S., Brunskill, S.J. et al, Red cell transfusion for the management of upper gastrointestinal hemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. ۲۰۱۰;CD0۰۶۶۱۳. ۷- Restellini, S., Kherad, O., Jairath, V. et al, Red blood cell transfusion is associated with increased rebleeding in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Aliment Pharmacol Ther. ۲۰۱۳;۳۷:۳۱۶-۳۲۲. ۸-COLIN JOHN CROOKS et al, Comorbidities Affect Risk of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. GASTROENTEROLOGY ۲۰۱۳;۱۴۴:۱۳۸۴-۱۳۹۳ ۹-Grigorios I. Leontiadis et al, Effect of Comorbidity on Mortality in Patients With Peptic Ulcer Bleeding: Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Gastroenterol ۲۰۱۳; ۱۰۸:۳۳۱-۳۴۵. ۱۰-Ki Tae Suk et al, Clinical Outcomes and Risk Factors of Rebleeding Following Endoscopic	فهرست منابع و مراجع علمی خارجی

Therapy for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Hemorrhage. *ClinEndosc* ۲۰۱۱;۴۴:۹۳-۱۰۰. ۱۱- K. Åhsberg et al, Mortality from peptic ulcer bleeding: the impact of comorbidity and the use of drugs that promote bleeding. *Aliment PharmacolTher* ۲۰۱۰; ۳۲: ۸۰۱-۸۱۰. ۱۲- Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ. et al, International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* ۲۰۱۰; ۱۵۲: ۱۰۱-۱۱۳. ۱۳- James Y. Lau et al, Systematic Review of the Epidemiology of Complicated Peptic Ulcer Disease: Incidence, Recurrence, Risk Factors and Mortality. *Digestion* ۲۰۱۱;۸۴:۱۰۲-۱۱۳. ۱۴-Laursen SB, Dalton HR. et al, Performance of new thresholds of the Glasgow Blatchford score in managing patients with upper gastrointestinal bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol.* ۲۰۱۵ Jan;۱۳(۱):۱۱۵-۲۱.e۲. ۱۵-Sreedharan, A., Martin, J., Leontiadis, G.I. et al, Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* ۲۰۱۰;۷:CD۰۰۵۴۱۵. ۱۶- Matei D. et al, Predictors of variceal or nonvariceal source of upper gastrointestinal bleeding. An etiology predictive score established and validated in a tertiary referral center. *J Gastrointestin Liver Dis.* ۲۰۱۳ Dec;۲۲(۴):۳۷۹-۸۴. ۱۷-Balaban DV, Strâmbu V. et al, Predictors for in-hospital mortality and need for clinical intervention in upper GI bleeding: a ۵-year observational study. *Chirurgia (Bucur).* ۲۰۱۴ Jan-Feb;۱۰۹(۱):۴۸-۵۴. ۱۸- Kuo et al, The risk of upper gastrointestinal bleeding in patients treated with hemodialysis: a population-based cohort study. *BMC Nephrology* ۲۰۱۳, ۱۴:۱۵ ۱۹- Justin Cheung et al, Peptic ulcer bleeding outcomes adversely affected by end-stage renal disease. *GastrointestEndosc* ۲۰۱۰;۷۱:۴۴-۹. ۲۰- Huang KW, Luo JC, Leu HB, et al, Chronic obstructive pulmonary disease: an independent risk factor for peptic ulcer bleeding: a nationwide population-based study. *AlimentPharmacolTher* ۲۰۱۲; ۳۵: ۷۹۶-۸۰۲. ۲۱- Tamarro L, Buda A, A simplified clinical risk score predicts the need for early endoscopy in non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Dig Liver Dis.* ۲۰۱۴ Sep;۴۶(۹):۷۸۳-۷. ۲۲-Lee, J.G., Turnipseed, S., Romano, P.S. et al, Endoscopy-based triage significantly reduces hospitalization rates and costs of treating upper GI bleeding: a randomized controlled trial.

Gastrointest Endosc. ۱۹۹۹;۵۰:۷۵۵-۷۶۱. ۲۳-Lim, L.G.,
Ho, K.Y., Chan, Y.H. et al, Urgent endoscopy is
associated with lower mortality in high-risk but
not low-risk nonvariceal upper gastrointestinal
bleeding. Endoscopy. ۲۰۱۱;۴۳:۳۰۰-۳۰۶

خلاصه نتیجه اجرای طرح	
سابقه علمی طرح و پژوهش‌های انجام شده با ذکر مأخذ به ویژه در ایران	
خلاصه طرح طبق اهداف پیش بینی شده	
WhatRequirementsAreMet	
ملاحظات گروه	
ملاحظات ناظر	
HomeAddress	
WorkPlace	
جامعه مورد مطالعه و روش نمونه گیری	<p>در این مطالعه کلیه بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان ولایت قزوین با خونریزی حاد گوارشی فوقانی با منشأ غیر واریسی که از ابتدای سال ۱۳۹۲ تا پایان سال ۱۳۹۴ بستری شدند و آندوسکوپی فوقانی شدند، و همچنین تمام بیماران ارجاع داده شده جهت آندوسکوپی از بیمارستان رجایی و بوعلی مورد مطالعه قرار می گیرند. روش نمونه گیری به صورت سرشماری خواهد بود. پیش بینی می شود تعداد افراد مورد مطالعه در حدود ۱۶۰۰ نفر باشد.</p>
بیان مسأله و بررسی متون	<p>خونریزی حاد گوارشی فوقانی یکی از علل اصلی بستری در بیمارستان است که منشأ آن علل واریسی و غیر واریسی می باشد. (۲و۱) مصرف NSAIDS شایعترین علت خونریزی گوارشی فوقانی است. (۱۳) بیماری زمینه ای یک فاکتور خطر مستقل برای خونریزی گوارشی محسوب میشود. (۸) بیماری مزمن ریوی و نارسایی کلیوی فاکتورهای موثر در ایجاد پیامد بالینی نامطلوب اعم از خونریزی مجدد و مورتالیتیه در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی می باشد. (۱۷) بیماران دیالیزی ریسک خونریزی گوارشی فوقانی بیشتری از جمعیت عمومی دارند. (۱۸) تزریق خون در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی نشان دهنده خونریزی مجدد و پیامد بالینی نامطلوب است. (۷و۵) مصرف PPIs قبل از آندوسکوپی باعث کاهش شواهد خونریزی حاد گوارشی فوقانی پرخطر می شود. (۱۶و۱۵و۱۴) بطور ایدآل تمامی بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی می بایست تحت آندوسکوپی فوقانی طی ۲۴ ساعت اول پذیرش جهت تعیین منشأ خونریزی قرار گیرند. (۲۱) هدف این مطالعه بررسی ارزش پیشگویی کننده متغیرهای دموگرافیک، بالینی، آزمایشگاهی و آندوسکوپی فوقانی بر پیامد بالینی در بیماران با خونریزی حاد گوارشی غیر واریسی است. بررسی متون: بر اساس متا آنالیز انجام شده در سال ۲۰۱۳، بیماری زمینه ای منجر به افزایش خطر مورتالیتیه در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی می شود که این میزان در افراد واجد بیماری زمینه ای کلیوی، کبدی و بدخیمی نسبت به بیماران قلبی و ریوی دو برابر بیشتر است و نسبت به بیماران دیابتی ۴ برابر افزایش می یابد. از سوی دیگر تعداد بیماری زمینه ای همراه در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی تأثیر بسزایی در افزایش مورتالیتیه دارد که بر این اساس میزان مورتالیتیه در بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی واجد حداقل ۳ بیماری زمینه ای همراه نسبت به بیمارانی که کمتر از ۳ بیماری زمینه ای دارند ۳.۵ برابر بیشتر است. (۹) بر اساس مطالعه کای تاک سوک و همکاران در سال ۲۰۱۱، بیماران خونریزی حاد گوارشی غیر</p>

واریزی که در بدو مراجعه هموگلوبین کمتر از 9gr/dl دارند و یا بیماری زمینه ای مزمن کلیوی یا کبدی دارند، در خطر خونریزی مجدد هستند. میزان مورتالیتیه با افزایش سن، محل خونریزی، خونریزی فعال، خونریزی مجدد یا نیازمند اقدام جراحی، پایین بودن فشار خون یا پلاکت و بالا بودن تعداد ضربان نبض در بدو مراجعه و مدت بستری بیشتر در بیمارستان، افزایش می یابد. بیماری کبدی و کلیوی مزمن از جمله علل عمده افزایش مورتالیتیه محسوب می شود. درمان آنتی کوآگولانت ارتباطی با خونریزی مجدد ندارد. (۱۰) بر اساس مطالعه انجام شده توسط آشپورگ و همکاران در سال ۲۰۱۰، مطالعه انجام شده توسط بارکان و همکارانش در سال ۲۰۱۰ و همچنین مرور سیستماتیک انجام شده توسط جیمز و همکارانش در سال ۲۰۱۱، مصرف NSAIDs و آسپرین با دوز پائین، تیئوپیریدین ها و آنتی کوآگولانت ها تاثیری روی مورتالیتیه ندارد. (۱۱ و ۱۲ و ۱۳) بر اساس مرور سیستماتیک انجام شده توسط جیمز و همکارانش در سال ۲۰۱۱، مصرف اخیر PPIs خطر خونریزی را کاهش میدهد. زخم پپتیک بزرگ از علل خونریزی مجدد است. مورتالیتیه با افزایش سن زیاد میشود. مورتالیتیه با وجود سابقه قبلی زخم پپتیک کاهش می یابد. مورتالیتیه در بیماران با خونریزی گوارشی فوقانی که بیماری قلبی دارند، افزایش می یابد. شوک در بدو مراجعه منجر به افزایش ۷ برابری مورتالیتیه می شود. (۱۳) بر اساس مطالعه انجام شده توسط چانگ و همکارانش در سال ۲۰۱۰، بیماران ESRD که شواهد خونریزی کم خطر دارند بعلت احتمال خونریزی مجدد می بایست بعنوان گروه پرخطر درمان شوند. (۱۹) بر اساس مطالعه انجام شده توسط هانگ و همکاران در سال ۲۰۱۲، بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD) به میزان ۱.۹ برابر خطر خونریزی حاد گوارشی فوقانی دارند. اگرچه سیگار ریسک فاکتور شناخته شده ای برای ابتلا به COPD محسوب می شود ولی مطالعات نشان داده است که ۲۵-۴۰٪ مبتلا به COPD هرگز سیگاری نبوده اند. (۲۰) بر اساس مطالعه لیم و همکاران در سال ۲۰۱۱، اگرچه مطالعات گذشته نگر هنوز مفید بودن انجام آندوسکوپی فوقانی زود هنگام طی ۲ الی ۲۴ ساعت اول پذیرش بیماران با خونریزی حاد گوارشی فوقانی را به اثبات نرسانده اند، آندوسکوپی فوقانی زود هنگام منجر به کاهش طول مدت بستری و کاهش هزینه درمانی شود ولی تاثیر بسزایی روی مورتالیتیه نداشته است. (۲۲ و ۲۳) تعاریف: بر اساس تعریف خونریزی مجدد عبارتست از هماتمز و یا ملنا که باعث ناپایداری همودینامیک و یا افت هموگلوبین حداقل ۲ گرم/لیتر و یا افت هماتوکریت حداقل ۵ درصد در بیماری که طی ۲۴ ساعت متعاقب درمان اولیه از نظر همودینامیک پایدار باشد. خونریزی مجدد می باید با آندوسکوپی فوقانی مجدد تأیید شود. (۳ و ۴) بر اساس تعریف مورتالیتیه عبارتست از مرگ بر اثر خونریزی بعلت عدم کنترل خونریزی یا ۴۸ ساعت بعد از آندوسکوپی فوقانی و یا ۳۰ روز بعد از درمان جراحی ناشی از عوارض جراحی. (۳ و ۴) بر اساس تعریف زخم پپتیک بزرگ (Giant Ulcer) عبارتست از زخم پپتیک بزرگتر از ۲Cm. (۹) بر اساس تعریف بیماران ESRD عبارتند از بیمارانی که برای مدت حداقل ۶ ماه تحت دیالیز قرار گرفته اند. بیمارانی که $\text{GFR} < 70$ مردان و $\text{GFR} < 60$ زنان برای مدت حداقل ۶ ماه دارند بعنوان بیماری مزمن کلیوی (CKD) در نظر گرفته می شوند. (۱۹)



منابع

Rotondano G, Cipolletta L, et al, Predictors of favourable outcome-1 in non-variceal upper gastrointestinal bleeding: Implications for early discharge? Dig Liver Dis. 2014 Mar;46(3):231-6

Kohn, A., Ancona, C., Belleudi, V. et al, The impact of endoscopy and-2 specialist care on 30-day mortality among patients with acute non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage: an Italian population-based study. *Digestive and Liver Disease*. 2010;42:629–634

Sung, J.J., Tsoi, K.K., Ma, T.K. et al, Causes of mortality in patients with-3 peptic ulcer bleeding: a prospective cohort study of 10,428 cases. *American Journal of Gastroenterology*. 2010;105:84–89

Tsoi, K.K., Chiu, P.W., Chan, F.K. et al, The risk of peptic ulcer -4 bleeding mortality in relation to hospital admission on holidays: a cohort study on 8,222 cases of peptic ulcer bleeding. *American Journal of Gastroenterology*. 2012;107:405–410

Bryant RV et al, Performance of the Glasgow-Blatchford score in-5 predicting clinical outcomes and intervention in hospitalized patients with upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc*. 2013 Oct;78(4):576-83

Jairath, V., Hearnshaw, S., Brunskill, S.J. et al, Red cell transfusion for-6 the management of upper gastrointestinal hemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;:CD006613

Restellini, S., Kherad, O., Jairath, V. et al, Red blood cell transfusion is -7 associated with increased rebleeding in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013;37:316–322

COLIN JOHN CROOKS et al, Comorbidities Affect Risk of Nonvariceal -8 Upper Gastrointestinal Bleeding. *GASTROENTEROLOGY* 2013;144:1384–1393

Grigorios I. Leontiadis et al, Effect of Comorbidity on Mortality in -9 Patients With Peptic Ulcer Bleeding: Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol* 2013; 108:331–345

Ki Tae Suk et al, Clinical Outcomes and Risk Factors of Rebleeding -10 Following Endoscopic Therapy for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Hemorrhage . *ClinEndosc* 2011;44:93-100

K. ?hsberg et al, Mortality from peptic ulcer bleeding: the impact of -11 comorbidity and the use of drugs that promote bleeding . *Aliment PharmacolTher* 2010; 32: 801–810

Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ. et al, International consensus -12 recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2010; 152: 101–13

James Y. Lau et al, Systematic Review of the Epidemiology of -13 Complicated Peptic Ulcer Disease: Incidence, Recurrence, Risk Factors and Mortality . *Digestion* 2011;84:102–113

Laursen SB, Dalton HR. et al, Performance of new thresholds of the-14 Glasgow Blatchford score in managing patients with upper gastrointestinal .bleeding. Clin Gastroenterol Hepatol. 2015 Jan;13(1):115-21.e2

Sreedharan, A., Martin, J., Leontiadis, G.I. et al, Proton pump inhibitor-15 treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal .bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2010;7:CD005415

Matei D. et al, Predictors of variceal or nonvariceal source of upper-16 gastrointestinal bleeding. An etiology predictive score established and validated in a tertiary referral center. J Gastrointestin Liver Dis. 2013 .Dec;22(4):379-84

Balaban DV, Strâmbu V.et al, Predictors for in-hospital mortality and-17 need for clinical intervention in upper GI bleeding: a 5-year observational .study. Chirurgia (Bucur). 2014 Jan-Feb;109(1):48-54

Kuo et al, The risk of upper gastrointestinal bleeding in patients -18 treated with hemodialysis: a population-based cohort study. BMC Nephrology 2013, 14:15

Justin Cheung et al,Peptic ulcer bleeding outcomes adversely affected -19 .by end-stage renal disease. GastrointestEndosc 2010;71:44-9

Huang KW, Luo JC, Leu HB, et al, Chronic obstructive pulmonary -20 disease: an independent risk factor for peptic ulcer bleeding: a nationwide .population-based study. AlimentPharmacolTher2012; 35: 796–802

Tammaro L, Buda A, A simplified clinical risk score predicts the need-21 for early endoscopy in non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Dig .Liver Dis. 2014 Sep;46(9):783-7

Lee, J.G., Turnipseed, S., Romano, P.S. et al, Endoscopy-based triage-22 significantly reduces hospitalization rates and costs of treating upper GI bleeding: a randomized controlled trial. Gastrointest Endosc. .1999;50:755–761

Lim, L.G., Ho, K.Y., Chan, Y.H. et al, Urgent endoscopy is associated-23 with lower mortality in high-risk but not low-risk nonvariceal upper .gastrointestinal bleeding. Endoscopy. 2011;43:300–306
